

BAYERN  
LANDTAGS  
FRAKTION

**SPD**

# MENSCHEN WÜRDIG PFLEGEN

Unsere Ideen für eine  
menschliche Pflegepolitik.

SPD-Fraktion im Bayerischen Landtag

## Das Leben der Menschen verbessern – Schritt für Schritt

Deutschland hat ein gutes Gesundheitssystem. Doch bereits heute wird deutlich, wo in Zukunft Probleme auf uns alle, unsere Angehörigen und auch uns selbst, zukommen: Es fehlt an allen Ecken und Enden Pflegepersonal für die zunehmend älter werdende Bevölkerung, die daheim pflegenden Angehörigen sind oftmals überfordert, Pflegeheimplätze insbesondere in der Kurzzeitpflege rar. Hinzu kommt der Verwaltungswust, unter dem die Mitarbeiter in den Pflegeheimen und Krankenhäusern außerdem leiden.

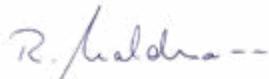
Wir als SPD-Fraktion fordern menschenwürdige Lösungen für Bayern: Es darf nicht sein, dass Menschen am Ende ihres Lebens vernachlässigt werden, weil die Pflegekräfte nicht genügend Zeit für alle Patientinnen und Patienten haben.

Die jüngst im Bund durch die SPD beschlossenen Pflegestärkungsgesetze sind ein Schritt in die richtige Richtung. Wir wollen auch in Bayern Verbesserungen in der Pflege erreichen.

Mit freundlichen Grüßen,



Markus Rinderspacher  
Vorsitzender BayernSPD-Landtagsfraktion



Ruth Waldmann  
Gesundheitspolitische Sprecherin  
BayernSPD-Landtagsfraktion

### Das wollen wir auf Landesebene erreichen:

- Bessere gesetzliche Regelungen zur Mindestausstattung von Krankenhäusern und Pflegeheimen mit Pflegepersonal (Pflegekraft-Patienten-Bemessung)
- Eine solide staatliche Finanzierung von Investitionen in Krankenhäuser und Pflegeheime
- Mehr Mittel für den altersgerechten und barrierefreien Umbau von Wohnungen. Für uns gilt das Motto „Aufzug statt Auszug“!
- Lesbische Frauen und schwule Männer sollen auch in Pflegeeinrichtungen vor Diskriminierung geschützt werden
- Einen gesetzlichen Anspruch aller ArbeitnehmerInnen und daher auch von Pflegekräften auf Weiterbildung

### Das fordern wir auf Bundesebene:

- Eine Weiterentwicklung der Pflegeversicherung in eine Vollversicherung und eine Verbesserung ihrer Finanzierungsbasis in einer Bürgerversicherung
- Eine bessere Unterstützung von pflegenden Angehörigen durch unabhängige Beratung, steuerfinanzierte Lohnersatzleistungen und die staatliche Förderung von Kurzzeitpflegeplätzen
- Die regelmäßige Anpassung der Leistungen der Pflegeversicherung an die Kaufkraftentwicklung
- Eine nachhaltige Finanzierung der geriatrischen Rehabilitation zur Vermeidung dauerhafter Pflegebedürftigkeit

## INHALTSVERZEICHNIS

<b>VORWORT</b> .....	<b>2</b>
<b>UNSERE ZIELE</b> .....	<b>3</b>
<b>FÜR PFLEGEBEDÜRFTIGE MENSCHEN</b> .....	<b>6</b>
So lange wie möglich daheim leben .....	6
Pflege von Menschen mit Behinderungen .....	7
Schwule Männer und lesbische Frauen in Pflegeheimen vor Diskriminierungen schützen .....	8
Rehabilitation vor Pflege!.....	9
<b>FÜR FACHKRÄFTE</b> .....	<b>10</b>
Gute Arbeitsbedingungen und faire Bezahlung .....	10
Bessere Finanzierung der Pflege im Krankenhaus .....	11
Beste Aus- und Weiterbildung .....	12
Whistleblower besser schützen.....	13
Weniger Bürokratie .....	13
Modellprojekte weiter entwickeln.....	13
<b>FÜR ANGEHÖRIGE UND EHRENAMTLICH PFLEGENDE</b> .....	<b>14</b>
Angehörige finanziell absichern .....	14
... und besser beraten! .....	15
Kurzzeitpflege .....	16
Ehrenamt fördern .....	17
<b>FINANZIERUNG</b> .....	<b>18</b>
Pflegeversicherung zu Vollversicherung ausbauen ...	18
Pflegeleistungen anpassen, Leistungen angleichen..	19
Mehr staatliche Investitionen in stationäre Pflege ...	20
<b>HINTERGRUND</b> .....	<b>22</b>
Demografischer Wandel .....	22
Finanzielle Aspekte .....	22
Familiäre Altenpflege .....	25
Ambulante Pflegedienste .....	26
Stationäre Altenpflege.....	27
Fachkräftemangel.....	28
Akutpflege im Krankenhaus.....	30
<b>KONTAKT</b> .....	<b>32</b>



## So lange wie möglich daheim leben

Für uns gilt das Motto „Aufzug statt Auszug!“ Mit dem Pflegestärkungsgesetz I wurden die Zuschüsse für Wohnraumanpassung bei Pflegebedürftigkeit angehoben. Falls die Wohnung barrierearm oder barrierefrei umgebaut wird, gewährt die Pflegekasse nun einmalig einen Zuschuss von bis zu 4.000 Euro. Für ambulant betreute Wohngruppen wie zum Beispiel Senioren-WGs gibt es von der Pflegekasse für bis zu vier BewohnerInnen einen Einrichtungszuschuss von einmalig jeweils 2.500 Euro. Wir wollen die Mittel für den altersgerechten und barrierefreien Umbau von Wohnungen deutlich erhöhen. Außerdem sollten technische Assistenzsysteme von den Krankenkassen finanziert werden. Um dem Wunsch vieler SeniorInnen nach einem selbstbestimmten Leben im Alter nachzukommen, müssen zudem verstärkt alternative Wohnformen, wie

ambulant betreute Wohngemeinschaften, gefördert werden.



## Pflege von Menschen mit Behinderungen

Neuregelungen ergaben sich durch die Pflegestärkungsgesetze sowie das Bundesteilhabegesetz auch für pflegebedürftige Menschen mit Behinderung. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff wird nun in der Hilfe zur Pflege vollumfänglich abgebildet, wobei das Sozialamt an die Entscheidung der Pflegekasse gebunden ist. Neu ist auch, dass es

nun eine klare Gliederung der Leistungen der Hilfe zur Pflege nach den Leistungen der sozialen Pflegeversicherung gibt. Bei Zusammenreffen von Eingliederungshilfe und Pflege erhält der Eingliederungshilfeträger das Geld von der Pflegeversicherung und erbringt die Leistungen sozusagen aus einer Hand. Wir wollen, dass die finanzielle Ausstattung der Bezirke den neuen Aufgaben durch das Bundesteilhabegesetz und die Pflegestärkungsgesetze angepasst wird.

Menschen mit psychischen Erkrankungen müssen die beste Versorgung erhalten – menschenwürdig und möglichst selbstbestimmt. Deshalb möchten wir den Einsatz von freiheitsentziehenden Maßnahmen nur im Notfall und bei akuter Selbst- oder Fremdgefährdung erlauben. Weiterhin müssen wir dafür sorgen, dass Psychopharmaka auch nur dann zum Einsatz kommen, wenn sie nötig sind, und nicht, um PatientInnen „ruhigzustellen“. Wir fordern, den Einsatz von Psychopharmaka in der Pflege durch Kooperationsvereinbarungen zwischen Pflegeheimen und Vertragsärzten auf das erforderliche Maß zu reduzieren.

## Schwule Männer und lesbische Frauen in Pflegeheimen vor Diskriminierungen schützen

Derzeit sind die Angebote der ambulanten und stationären Altenpflege weitestgehend nicht oder nicht ausreichend für die Lebenswelten schwuler Männer und lesbischer Frauen sensibilisiert. Pflegebedürftige Lesben und Schwule müssen, wenn sie ins Pflegeheim ziehen, ihr vertrautes Umfeld, in dem sie sich mit ihrer sexuellen Orientierung eingerichtet haben und vor Diskriminierung sicher fühlen, verlassen. Dies betrifft nicht nur die eigene Wohnung, sondern meistens auch den Freundes- und Bekanntenkreis. Im Pflegeheim leben sie mit Menschen zusammen, die ihre Prägung in Zeiten von Kriminalisierung und Strafverfolgung erfahren haben und Homosexualität infolgedessen für pervers halten oder als Krankheit ansehen können. Dadurch können bei den Betroffe-

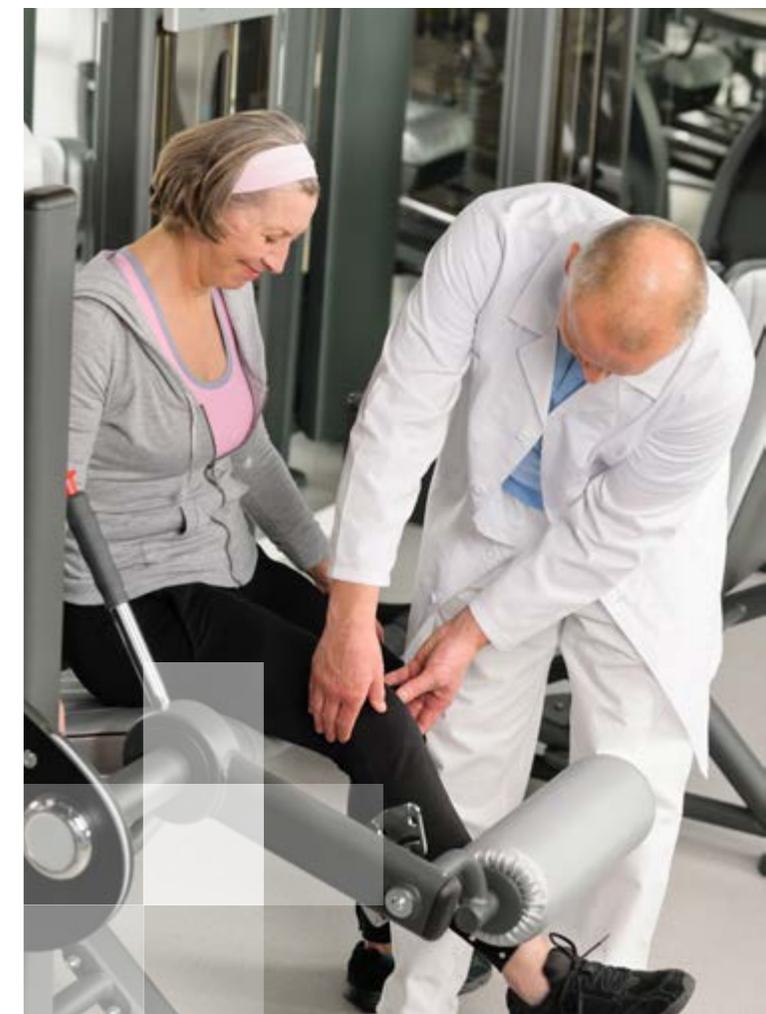
nen Ängste vor einer neuerlichen Ausgrenzung und Diskriminierung entstehen, und es kann zu einer regelrechten Retraumatisierung kommen. Wir wollen das Pflege- und Wohnqualitätsgesetz um Regelungen ergänzen, die lesbische Frauen und schwule Männer in Pflegeheimen vor Diskriminierungen schützen. Wir wollen den „Prüfleitfaden für Einrichtungen der Pflege und Menschen mit Behinderungen in Bayern“ so überarbeiten, dass die spezifische Situation von schwulen und lesbischen Pflegebedürftigen berücksichtigt wird.

Die Lebenssituation von Lesben, Schwulen und Transgendern sowie deren historische Diskriminierung soll in die Lehrplanrichtlinien für die Berufsfachschule Altenpflege aufgenommen werden.

## Rehabilitation vor Pflege!

Die meisten Menschen möchten im Alter möglichst lange selbstbestimmt zu Hause leben. Geriatrische Rehabilitationsmaßnahmen sind dabei ein entscheidender Baustein, denn sie tragen dazu bei, dass Pflegebedürftigkeit verzögert oder sogar verhindert wird. Momentan sind für die geriatrische Rehabilitation die gesetzlichen Krankenkassen zuständig. Die soziale Pflegeversicherung zählt laut Gesetz (§ 6 SGB IX) bislang nicht zu den Trägern für Rehabilitation. Dies stellt eine Schnittstellenproblematik dar – ein Fehlanreiz im Finanzierungssystem, der einen nachhaltigen und flächendeckenden Aufbau von Rehabilitationsmaßnahmen für ältere Menschen hemmt. Für Krankenkassen rentiert es sich nämlich nicht, die Pflegebedürftigkeit hinauszuzögern, das Gegenteil ist der Fall: sobald eine Zuordnung zu einem Pflegegrad möglich ist, werden die Pflegekassen zum Kostenträger, was wiederum zu einer Entlastung der Krankenkassen führt. Wir fordern, dass die Pflegeversicherung bei der geriatrischen Reha in die Finanzierung einbezogen wird. Die Finanzierung der geriatrischen Rehabilitation muss durch auskömmliche Tagessätze stabilisiert werden. Wir wollen zudem mehr Lehrstühle für Ger-

iatrie an unseren Universitäten und einen Schwerpunkt Geriatrie in der fachärztlichen Weiterbildung in der inneren Medizin und der Allgemeinmedizin.



## Gute Arbeitsbedingungen und faire Bezahlung

Die Rahmenbedingungen für das Personal sind in der Kranken- wie in der Altenpflege denkbar schlecht. Die Pflegekräfte haben oft unzuverlässige Dienstzeiten, werden bei Bedarf an den Arbeitsplatz gerufen, auch wenn sie frei haben, was ihr soziales Leben stark belastet. Auch die notwendige Erholungszeit ist dann nicht gewährleistet. Infolgedessen sind sie häufiger und länger krank als Beschäftigte in anderen Berufen. Auffällig hoch ist auch die Zahl derjenigen, die ihre Arbeitszeit reduzieren, weil sie sich einer Vollzeitätigkeit nicht mehr gewachsen fühlen. Es wundert also nicht, wenn 77 Prozent der KrankenpflegerInnen und 73 Prozent der AltenpflegerInnen überzeugt sind, ihren Beruf nicht bis zur gesetzlichen Rente ausüben zu können, wie eine INIFES-Studie ergeben hat. Viele von ihnen ziehen daraus die Konsequenz, aus Ihrem Beruf auszusteigen: der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe e.V. spricht von einer durchschnittlichen Verweildauer in der Altenpflege von 8,4 Jahren, in der Krankenpflege gar

nur von 7,5 Jahren. Dies sind alarmierende Zahlen. Dass mehr Personal in Krankenhäusern und Pflegeheimen nötig ist, wird nicht mehr ernsthaft bestritten.

Während etwa in der Schweiz eine Pflegefachkraft in den Krankenhäusern 5,5 Patienten zu versorgen hat, ist sie in Deutschland für fast doppelt so viele, nämlich 10,3 zuständig. Nach Angaben der Gewerkschaft ver.di ist Deutschland damit Schlusslicht in Europa. Wir fordern eine Personalbemessung für Fachkräfte. So hilfreich es ist, wenn Pflegeassistenten oder anderes Hilfspersonal bei der Versorgung mit einspringen, so wenig können diese die fehlenden Fachkräfte ersetzen, welche für die Qualität der Pflege unverzichtbar sind. Für einen gesicherten und höheren Fachkraftschlüssel braucht es mehr Geld durch eine pflegeorientierte Reform des DRG-Systems. Wir wollen die Bezahlung des Pflegepersonals deutlich verbessern. Da viele – vor allem private – Einrichtungen keine tariflichen Regelungen haben, ist ein allgemeinverbindlicher Branchentarifvertrag dringend notwendig. Darin sollte auch die gleiche Bezahlung in der Kranken- und Altenpflege realisiert werden.

## Bessere Finanzierung der Pflege im Krankenhaus

Im DRG-System finden vorwiegend die Kosten für die medizinische Behandlung Berücksichtigung – und selbst diese nicht bezogen auf den Einzelfall, sondern pauschal. Der Aufwand für die notwendige Pflege, der je nach Krankheitsverlauf sehr unterschiedlich ist, spiegelt sich darin zu wenig wider.

Dadurch werden Fehlanreize geschaffen, die zu Lasten der Patienten gehen. Aufwendige Untersuchungen und Behandlungen, deren medizinischer Nutzen nicht immer evident ist, bescheren dem Krankenhaus Einnahmen, eine gute Pflege hingegen kaum. Infolgedessen herrscht in vielen Kliniken zwar auch Mangel an ärztlichem Personal, vor allem aber an Pflegekräften. Ohne auskömmliche Finanzierung wird sich dieser Zustand nicht verbessern. Pflegeleistungen müssen daher im pauschalen Entgeltsystem der Krankenhäuser besser berücksichtigt werden. Besonders pflegeintensiv ist die Hospiz- und Palliativversorgung. Dem wird in den Hospizen und Palliativstationen durch einen deutlich verstärkten Einsatz von Pflegepersonal seitens der Träger Rechnung getragen. Hier muss die Refinanzierung gewährleistet sein. Nach dem Hospiz- und Palliativgesetz haben Patienten aber nicht nur in besonderen Einrichtungen, sondern in allen Krankenhäusern und Pflegeheimen einen Anspruch auf Palliativversorgung. Dafür brauchen Pflegekräfte aber genau das, was ihnen derzeit in ihrer Arbeit zumeist fehlt: Zeit!



## Beste Aus- und Weiterbildung

Durch das Pflegeberufereformgesetz von Juli 2017 wurden langjährige Forderungen der SPD umgesetzt. Dazu zählen die Gebührenfreiheit der Pflegeausbildung, die solidarische Finanzierung der Ausbildungskosten durch einen Ausgleichsfonds, eine angemessene Ausbildungsvergütung und eine generalistische Pflegeausbildung mit Spezialisierungsmöglichkeiten.

Auch in Pflegeberufen wird aber die Weiterbildung künftig eine größere Rolle spielen müssen. Wir wollen daher einen gesetzlichen Anspruch von ArbeitnehmerInnen zur Weiterbildung. Die Finanzierung der Weiterbildung muss durch die Einrichtungen und durch staatliche Unterstützung etwa in Form eines „Meisterbonus“ gesichert sein. Eine weitgehende Akademisierung der Pflege in Konkurrenz zur dreijährigen Ausbildung scheint hingegen weniger erstrebenswert. Wenn die in einem Studium erworbenen Kenntnisse der Pflege und den Patienten direkt zugutekommen, ist dagegen nichts einzuwenden, im Gegenteil. Tendenzen,

durch ein Studium mehr die Qualität der Organisation statt der Pflege zu fördern, sind allerdings bedenklich.

Weitgehend ungenutzt bleibt derzeit das Potential von MigrantInnen. Vor der Anerkennung ausländischer Berufsabschlüsse wurden so hohe Hürden aufgebaut, dass sie für viele unüberwindbar sind. Hier Abhilfe zu schaffen wäre ein leicht umsetzbarer und schnell wirksamer Beitrag zur Behebung des Fachkräftemangels.



## Whistleblower besser schützen

Der allergrößte Teil der Pflege geschieht verantwortungsvoll und mit sehr großem Engagement. Immer wieder werden jedoch Fälle von Pflegebetrug und andere Missstände bekannt. Wir wollen eine Kultur des Hinschauens und nicht des Misstrauens schaffen. Wir sind darauf angewiesen, dass derlei Auswüchse auch durch interne Hinweisgeber („Whistleblower“) aufgedeckt und gemeldet werden. Whistleblower dürfen wegen ergangener Hinweise nicht durch den Arbeitgeber benachteiligt werden, und sie sollen das Recht erhalten, sich an betriebsinterne oder externe Stellen zu wenden. Wir wollen,

dass Hinweisgeber auch in der Pflege besser geschützt werden.

## Weniger Bürokratie

Als ausgesprochen zeitraubend wird vielfach die vorgeschriebene Dokumentation beklagt. Sie ist im Interesse von Patienten und Personal nicht verzichtbar. Allerdings ließe sich der jetzt damit verbundene bürokratische Aufwand deutlich reduzieren. Inwieweit entsprechende Modellprojekte zielführend sind, werden wir prüfen.

## Modellprojekte weiter entwickeln

In Modellprojekten wie beispielsweise AGnES (Arztentlastende, Gemeindenahe, E-Healthgestützte, Systemische Intervention) übernehmen qualifizierte, nicht ärztliche Fachkräfte Hausbesuche und bestimmte therapeutische Tätigkeiten. HausärztInnen werden damit entlastet und eine qualifizierte Versorgung ist möglich. Wir wollen, dass Modellprojekte wie AGnES, Schulkrankenpflege und Gemeindeschwestern auch in Bayern durchgeführt und gefördert werden.

## Angehörige finanziell absichern ...

Knapp jeder Zwanzigste der 40- bis 85-Jährigen pflegt ein Familienmitglied. Für die pflegenden Angehörigen stellt das oftmals eine große Herausforderung dar – psychisch, körperlich und auch was die Organisation angeht. Sie haben keine entsprechende Ausbildung und müssen lernen, wie Pflege

funktioniert. Sie müssen ihren Alltag bewältigen – Pflege, Familie, Beruf unter einen Hut bekommen und dabei selbst gesund bleiben. Meist sind es Frauen, die sich um die Pflege ihrer Angehörigen kümmern und deshalb gar nicht oder nur in Teilzeit arbeiten. Das führt zu sinkenden Renten und zu Altersarmut, von der ohnehin besonders das weibliche Geschlecht betroffen ist. Wir wollen die Angebote zur Unterstützung im Alltag ausbauen, ebenso wie eine flächendeckende Beratungsstruktur. Wir fordern steuerlich finanzierte Lohnersatzleistungen ähnlich dem Elterngeld, um Pflegende bei der Vereinbarung von Pflege und Beruf besser zu unterstützen, und wir wollen eine bessere Anrechnung von Pflegezeiten bei der Rente.

## ... und besser beraten!

Pflegestützpunkte sind essentielle Anlaufstellen für pflegende Angehörige. Leider hinkt Bayern hier im Vergleich zu anderen Bundesländern weit hinterher. Pflegelotsen sollen als qualifizierte AnsprechpartnerInnen für ihre pflegenden KollegInnen fungieren und sie dabei unterstützen, Pflege, Beruf und Familie besser zu vereinbaren. Wir fordern den verstärkten Auf- und Ausbau von Pflegestützpunkten und die Qualifizierung von betrieblichen Pflegelotsen im öffentlichen Dienst und in der Privatwirtschaft. Auch junge Menschen können pflegebedürftig sein. Die überwiegende Mehrzahl der betroffenen Familien vermisst einen verlässlichen und kundigen Lotsen, der sie durch das nicht immer einfach zu verstehende Gesundheitssystem lotst. Oft müssen Eltern unterschiedliche Leistungen bei verschiedenen Trägern beantragen. Wir wollen passgenaue Unterstützungsangebote und Beratung speziell für Familien von pflegebedürftigen Kindern. Wir müssen auch dafür sorgen, dass der Übergang von chronisch erkrankten Jugendlichen in die Erwachsenenmedizin – die sogenannte Transition – ohne Stolpersteine und Versorgungslücken gelingt. Laut Report „Junge Pflegende“ des Zentrums

für Qualität in der Pflege (ZQP) sind etwa fünf Prozent der 12- bis 17-Jährigen (zirka 230.000 Jugendliche deutschlandweit) regelmäßig in Pflegeaufgaben eingebunden. Dabei helfen 90 Prozent der befragten Jugendlichen mehrmals in der Woche, 33 Prozent sogar täglich. Kinder und Jugendliche altersadäquat in die Pflege einzubeziehen ist durchaus wünschenswert und kann sich positiv auf das Familienleben und die Krankheitsbewältigung auswirken. Jedoch dürfen die erheblichen Herausforderungen und Belastungen nicht unterschätzt werden, mit denen junge Pflegende konfrontiert sind. Sie müssen die Pflegeaufgaben mit dem Heranwachsen vereinbaren, mit Schule und Ausbildung, und gleichzeitig die Krankheit des Familienmitglieds auf psychologischer Ebene bewältigen. Wir setzen uns daher ein für Beratungs- und Unterstützungsangebote speziell für junge Pflegende. Die Vernetzung entsprechender Akteure wie LehrerInnen, SozialarbeiterInnen, ÄrztInnen, Jugendhilfeeinrichtungen muss verbessert und intensiviert werden. Wir wollen, dass ein Sorgentelefon und Angebote im Internet als niederschwellige Anlaufstelle zur Verfügung gestellt werden.



## Kurzzeitpflege

Eine wichtige Entlastungsfunktion für pflegende Angehörige hat die Kurzzeitpflege. Die Pflegestärkungsgesetze haben den Anspruch auf Kurzzeitpflege verbessert. Allerdings gibt es in Bayern nur wenige sogenannte solitäre Kurzzeitpflegeplätze, also Plätze, die ausschließlich für Kurzzeitpflege zur Verfügung stehen. Die meisten Plätze der Kurzzeitpflege sind „eingestreut“, stehen also nur zur Verfügung, wenn keine andere stationär betreute Bewohnerin oder kein anderer stationär betreuter Bewohner ihn benötigt. Pflegende Angehörige können daher nur selten kurzfristig auf diese Plätze zugreifen. Wir wollen einen umfassenden und bedarfsgerechten Ausbau von Entlastungsangeboten und Hilfen im Alltag. Pflegende Angehörige müssen entlastet werden, dazu müssen die Kurzzeitpflegeplätze ausgebaut werden. Wir fordern deshalb eine Investitionskostenförderung für solitäre Kurzzeitpflegeplätze in Höhe der Aufwendungen. Wir brauchen außerdem einen Landesrahmenvertrag für die Kurzzeitpflege sowie die teilstationäre Pflege. Eine

solche Vereinbarung zielt darauf ab, eine gute pflegerische Versorgung der pflegebedürftigen Menschen zu gewährleisten.



## Ehrenamt fördern

Ehrenamtlich Engagierte in den pflegerischen Versorgungsmix einzubinden ist zukunftssträchtig, hier gibt es Potential und auch viel Engagementwillen in der Bevölkerung. Dieser unschätzbare Beitrag zum Gelingen des Zusammenlebens in unserer Gesellschaft ist nicht mit Geld aufzuwiegen – aber er ist auch nicht kostenlos und kann nicht für selbstverständlich erachtet werden. Die Motivation, sich ehrenamtlich einzubringen, ist meist in dem Wunsch nach Mitmenschlichkeit begründet und darin, sich sinnstiftend einzubringen. Vielen Ehrenamtlichen liegen auch der Kontakt zu anderen Menschen, der Austausch und der Wunsch neue Erfahrungen zu machen am Herzen. Abschreckend wirken im Bereich Gesundheit und Pflege hingegen die Konfrontation mit Krankheit und Tod sowie die Angst vor psychischen und physischen Belastungen. Wir möchten Ehrenamtliche in den Versorgungsmix integrieren. Dafür müssen aber die Rahmenbedingungen stimmen. Wir brauchen Koordinatoren, Meditations- und Weiterbil-

dungsangebote - das ehrenamtliche Engagement muss eine professionelle Struktur erhalten.

Mehrgenerationenhäuser sind Orte der Begegnung und des Miteinanders der Generationen. Dazu gehören Betreuungs- oder auch Lernangebote für Kinder und Jugendliche, Weiterbildungskurse für Erwachsene, Deutschkurse für Migrantinnen und Migranten, aber auch Unterstützungsangebote für Pflegebedürftige oder Menschen mit Behinderung und deren Angehörige. leisten für sämtliche Zielgruppen einen wichtigen Beitrag in allen Lebenslagen.

Sie erhalten über ein Bundesprogramm 30.000 Euro jährlich, wobei die Kommune 10.000 Euro als Kofinanzierung dazusteuern muss. Momentan unterstützt der Freistaat lediglich besonders vom demografischen Wandel betroffene und finanzschwache Kommunen mit 5.000 Euro pro Jahr. Wir setzen uns dafür ein, die Förderung von Mehrgenerationenhäusern zu verbessern und zu verstetigen.

## Pflegeversicherung zu Vollversicherung ausbauen

Die Menschen in Deutschland werden im Durchschnitt immer älter. Das ist eine erfreuliche Entwicklung. Allerdings steigt mit der Lebenserwartung auch die Wahrscheinlichkeit krank und pflegebedürftig zu werden. Es ist eine Frage der sozialen Gerechtigkeit, dass Krankheit und Pflegebedürftigkeit nicht zum Armutsrisiko werden.



Derzeit erhalten Betroffene von der Pflegeversicherung ein Pflegegeld, dessen Höhe sich nach dem anerkannten Pflegegrad richtet. Seit der Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs kommen zwar auch Demenzkranke erstmals in den Genuss von Pflegegeld, doch deckt es die Kosten der notwendigen Pflege bei weitem nicht. Weiterhin werden Rente, Pension, Ersparnisse und nahe Verwandte zur Finanzierung der benötigten Pflege herangezogen. Nicht nur Pflegebedürftigen, die auf staatliche Unterstützung angewiesen sind, bleibt oft nur ein geringes Taschengeld, über das sie selbst verfügen können. Das ist demütigend und mit unserem Anspruch auf ein menschenwürdiges Leben nicht vereinbar.

Wir wollen die Pflegeversicherung zu einer Vollversicherung umgestalten. Dafür müssen einerseits die Beiträge steigen, andererseits der Kreis der Beitragszahler deutlich erweitert werden. Ebenso wie die Krankenversicherung wollen wir auch die Pflegeversicherung in eine Bürgerversicherung umwandeln, in die aus allen Einkünften Beiträge fließen. Bei genügend Einnahmen kann die Pflege ohne finanzielle Belastung der Betroffenen solidarisch finanziert werden.

## Pflegeleistungen anpassen, Leistungen angleichen

Durch die Pflegestärkungsgesetze profitieren mehr Menschen von verbesserten Leistungen der Pflegeversicherung. Diese Reformen waren überfällig. Seit Einführung der sozialen Pflegeversicherung 1995/96 kam es zu keiner Anpassung der Leistungspauschalen. Erst durch das Pflegestärkungsgesetz II wurden sie um etwa vier Prozent erhöht. Dies ist begrüßenswert, reicht aber nicht aus, um den angestauten Kaufkraftverlust der vergangenen 20 Jahre auszugleichen, denn während der von den Pflegebedürftigen zu erbringende Eigenanteil in vollstationären Einrichtungen stetig weiter angestiegen ist, erfolgte keine entsprechende Anhebung der Leistungen. Dies sorgt dafür, dass immer mehr Pflegebedürftige auf Sozialhilfe angewiesen sind.

Wir wollen, dass bei steigenden Kosten in der Pflege auch die Leistungen aus der Pflegeversicherung kontinuierlich steigen. Wir wollen vermeiden, dass immer mehr Pflegebedürftige auf Sozialhilfe angewiesen sind. Die Einkommensgrenze, ab der Kinder für ihre Eltern Unterhalt bezahlen müssen, muss angehoben werden, damit sie nicht zu stark

finanziell belastet werden. Durch einen Steuerzuschuss und einen Solidarausgleich zwischen privater und gesetzlicher Pflegeversicherung soll für Ausgleich gesorgt werden. Wird ein Pflegebedürftiger von Angehörigen oder Privatbetreuern gepflegt, erhält er je nach Pflegegrad ein monatliches Pflegegeld. Wenn ein ambulanter Pflegedienst die Betreuung übernimmt, werden Pflegesachleistungen bezahlt, die ebenfalls abhängig sind vom Pflegegrad. Werden Pflegebedürftige in einer stationären Einrichtung versorgt, gewährt die Pflegekasse je nach Pflegegrad unterschiedlich hohe Zuschüsse. Da die stationäre Versorgung teurer ist als die ambulante, sind die bezahlten Finanzmittel entsprechend höher. Die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen sind vielfältig, wir brauchen deshalb eine bedarfsgerechte Versorgung mit passgenauen Angeboten und Flexibilität. Jeder Pflegebedürftige und jede Pflegebedürftige auch mit Unterstützungsbedarf soll ein selbstbestimmtes Leben führen können. Um dem Wunsch nach einem Leben und Älterwerden in den eigenen vier Wänden zu entsprechen, möchten wir die ambulanten Leistungen weiter den im stationären Bereich angleichen.

## Mehr staatliche Investitionen in stationäre Pflege

Seit 2005 gibt es keine staatliche Investitionsförderung mehr für notwendige Sanierungs- und Modernisierungsmaßnahmen sanierungsbedürftiger Altenhilfeeinrichtungen. Sind betrieblich bedingte Investitionen der Heime nötig – zum Beispiel für Erhalt und Renovierung von Gebäuden – können Heimträger diese Kosten auf die BewohnerInnen umlegen. Nach entsprechenden Baumaßnahmen steigen daher die Pflegesätze für die pflegebedürftigen BewohnerInnen zum Teil deutlich an. Wir fordern daher, Investitionszuschüsse bei Sanierung von Pflegeeinrichtungen auch im Bestand wieder einzuführen. In der staatlichen Krankenhausfinanzierung gibt es ebenfalls erhebliche Defizite mit ne-

gativen Konsequenzen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie Patientinnen und Patienten: Krankenhäuser und ihre Träger müssen Personal insbesondere in der Pflege einsparen und die Zahl der durchgeführten medizinischen Prozeduren erhöhen, um ihr finanzielles Überleben zu sichern. Bereits im Jahr 2013 war mehr als die Hälfte der Krankenhäuser in Bayern defizitär. Die reduzierte Personalausstattung der Pflege führt zu einer immensen Arbeitsbelastung des Pflegepersonals und potentiell zu Risiken bei der Pflege- und Behandlungsqualität. Wir wollen daher die staatlichen Investitionen in die Qualität von Krankenhäusern deutlich ausbauen.



## Demografischer Wandel

Im Jahr 2017 bezogen rund 3,1 Mio. Menschen Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung. Im Jahr 2002 lag diese Zahl noch bei 1,89 Mio. Menschen. Die Zahl der Leistungsbezieher in der sozialen Pflegeversicherung hat also innerhalb von 15 Jahren um rund 64 Prozent zugenommen. Mitte 2017 waren 2,5 Prozent der Pflegebedürftigen nach Pflegegrad 1 eingestuft, 45,2 Prozent nach Pflegegrad 2, 28,4 Prozent nach Pflegegrad 3, 16,2 Prozent nach Pflegegrad 4 und 7,6 Prozent nach Pflegegrad 5.<sup>1</sup> Da das Pflegeisiko mit dem Alter zunimmt und immer mehr Menschen immer älter werden, wird die Zahl der Pflegebedürftigen deutlich zunehmen. In einem optimistischen Szenario werden für das Jahr 2030 auf Bundesebene mindestens 3,0 Millionen Pflegebedürftige erwartet und für das Jahr 2050 dann 3,76

<sup>1</sup> Bundesministerium für Gesundheit: Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung. Berlin, 2017.

Millionen. In einem realistischen Szenario ist bis 2030 mit 3,5 Millionen und bis 2050 mit 4,50 Millionen Pflegebedürftigen zu rechnen.<sup>2</sup>

Allein in Bayern lebten 2015 rund 348.000 Pflegebedürftige. Das entsprach 2,7 Prozent der Bevölkerung. In Deutschland insgesamt lag diese sogenannte Pflegequote bei 3,5 Prozent.<sup>3</sup> Der Anteil der Pflegebedürftigen an allen Einwohnerinnen und Einwohnern Bayerns nimmt mit steigendem Alter kontinuierlich zu: Während bei den 65- bis unter 70-Jährigen nur 24 von 1.000 Einwohnern pflegebedürftig waren, belief sich diese Zahl in der Gruppe der 75- bis unter 80-Jährigen bereits auf einen Wert von 78. In der Gruppe der 85- bis unter 90-Jährigen waren 337 Personen von 1.000 Einwohnerinnen und Einwohnern pflegebedürftig, in der Gruppe der über 90-Jährigen waren es 590.<sup>4</sup>

## Finanzielle Aspekte

In Deutschland ist das Pflegerisiko wie eine Teilkaskoversicherung abgesichert: Lediglich Personen mit erheblichem Pflegebedarf kön-

<sup>2</sup> Statistisches Bundesamt: Demografischer Wandel in Deutschland. Wiesbaden, 2010.

<sup>3</sup> Statistisches Bundesamt: Pflegestatistik 2015 Ländervergleich. Wiesbaden, 2017.

<sup>4</sup> Vierter Bericht der Bayerischen Staatsregierung zur sozialen Lage in Bayern. München, 2017.

nen Leistungen aus der Pflegeversicherung beziehen. Und selbst dann sind häufig noch hohe private Zuzahlungen nötig. Bei stationären Pflegeleistungen beispielsweise beträgt der Eigenkostenanteil in Deutschland über 50 Prozent. In anderen europäischen Ländern ist dieser Anteil nicht nur deutlich niedriger, sondern es werden – etwa in Dänemark oder Finnland – bereits bei geringfügiger Pflegebedürftigkeit Leistungen gewährt, oftmals auch, wenn lediglich Hilfe bei den hauswirtschaftlichen Tätigkeiten benötigt wird.<sup>5</sup>

Die Einnahmen der sozialen Pflegeversicherung betragen 2016 rund 32 Mrd. Euro und ihre Ausgaben 31 Mrd. Euro. Der Mittelbestand der sozialen Pflegeversicherung betrug am Ende des Jahres 2016 etwa 9,34 Milliarden Euro.<sup>6</sup> Die Entwicklung von Einnahmen und Ausgaben zeigt, dass die soziale Pflegeversicherung in den zurückliegenden Jahren keine Finanzierungsdefizite aufzuweisen hatte. Zwar hat es nach 2007 in Folge der mit den Pflegereformen 2008 (Pflegeweiterentwicklungsgesetz) und 2012 (Pflegeneuausrichtungsgesetz) eingeleiteten Leistungsverbesserungen einen sicht-

<sup>5</sup> Schulz, E.: Das deutsche Pflegesystem ist im EU-Vergleich unterdurchschnittlich finanziert. DIW-Wochenbericht 13/2012.

<sup>6</sup> Bundesministerium für Gesundheit: Die Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung. Berlin, 2017.

baren Ausgabenzuwachs gegeben. Da aber zeitgleich auch die Beitragssätze angehoben wurden, konnten weiterhin Einnahmeüberschüsse erzielt und die Rücklagen aufgestockt werden. Einen erneuten Ausgabenschub gibt es seit 2015 – die Leistungsverbesserungen im Rahmen des Pflegestärkungsgesetzes I machen sich bemerkbar. Gleichzeitig sind aber 2015 auch die Beitragssätze erneut angehoben worden (auf 2,35 Prozent für Kinderlose), so dass sich die Finanzlage der Pflegeversicherung weiter stabil zeigt.<sup>7</sup>

Durch das Pflegestärkungsgesetz I wurde der sogenannte Pflegevorsorgefonds eingeführt. In diesem Pflegevorsorgefonds wird ein Anteil von 0,1 Prozentpunkten der Pflegeversicherungsbeiträge jährlich als Sondervermögen angelegt. Aktuell sind dies etwa 1,2 Milliarden Euro pro Jahr. Über einen Zeitraum von 20 Jahren soll so Geld angespart werden, um danach zu erwartende Beitragssteigerungen abzumildern. Hierbei handelt es sich nicht um ein systemimmanentes Element des Umlageverfahrens, sondern vielmehr um ein typisches Element der Kapitaldeckung. Mit der Einführung des Pflegevorsorgefonds erfolgte ein Systemwechsel vom reinen Umlageverfahren zur

<sup>7</sup> Sozialpolitik Aktuell in Deutschland: Einnahmen, Ausgaben und Finanzentwicklung der Pflegeversicherung. Duisburg, 2018.

Teilkapitaldeckung. Ein Pflegevorsorgefonds wäre zwar grundsätzlich ein geeignetes Mittel zur Begrenzung demografiebedingter Steigerungen des Beitragssatzes und zu einer gleichmäßigeren Verteilung entsprechender Lasten. Das Sondervermögen in der derzeitigen Höhe dürfte aber nur zu einer vernachlässigbar geringen Glättung des Beitragssatzes führen. Hinzu kommt, dass es nur vorübergehend und nicht dauerhaft dazu eingesetzt werden kann. Der Pflegevorsorgefonds ist nicht mehr als Ausdruck einer Symbolpolitik.<sup>8</sup>

Der Pflegesatz für vollstationäre Dauerpflege in der Pflegeklasse III betrug im Jahr 2015 im Durchschnitt rund 82 Euro pro Tag, der Satz für Unterkunft und Verpflegung 22 Euro pro Tag. Monatlich waren somit für Pflege und Unterbringung in der höchsten Pflegestufe an das Heim rund 3.165 Euro als Vergütung zu entrichten.<sup>9</sup> Fachkräfte in der Altenpflege

verdienen bundesweit im Median 2.612 Euro pro Monat, wobei regionale Unterschiede von fast 1.000 Euro zu verzeichnen sind: Sie variieren von 1.985 Euro in Sachsen-Anhalt bis 2.937 Euro in Baden-Württemberg.<sup>10</sup>

Leistungen der Hilfe zur Pflege aus der Sozialhilfe können in Anspruch genommen werden, wenn die pflegebedürftige Person oder ihre unterhaltspflichtigen Angehörigen nicht über genügend Eigenmittel verfügen, um die verbleibenden Kosten für einen notwendigen und angemessenen Pflegebedarf zu tragen. Im Jahr 2014 bezogen rund 99.000 zu Hause lebende Pflegebedürftige Hilfe zur Pflege, das entspricht einer Quote von 5,1 Prozent. Im stationären Bereich ist der Anteil der auf Hilfe zur Pflege Angewiesenen hingegen höher: 2014 waren dies rund 253.000 Personen oder 31,7 Prozent dieser Pflegebedürftigen. Wie die Ausgaben der Pflegeversicherung sind auch die Aufwendungen für die Hilfe zur Pflege in den letzten Jahren aufgrund der Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen angestiegen. Während in der Hilfe zur Pflege im Jahr 2011 brutto noch 3,6 Mrd. Euro ausgegeben wurden, wendeten die Sozialhilfeträger dafür im Jahr 2014 4,0

Mrd. Euro auf. Die tatsächliche Belastung der Sozialhilfe mit Pflegekosten ist jedoch geringer: Nach Anrechnung von Einkommen der Betroffenen oder ihrer Angehörigen beliefen sich die tatsächlichen Nettokosten der Sozialhilfeträger auf 3,5 Mrd. Euro. Der Anstieg bei den Ausgaben der Hilfe zur Pflege vollzog sich zudem langsamer als der Anstieg der Ausgaben der Pflegeversicherung: Während dort die Leistungsausgaben von 21,6 Mrd. Euro auf 25,1 Mrd. Euro und damit um 16,2 Prozent gestiegen sind, belief sich der Anstieg der Bruttoausgaben der Hilfe zur Pflege zwischen 2011 und 2014 auf 12,0 Prozent.<sup>11</sup>

## Familiäre Altenpflege

Fast drei Viertel (73 Prozent bzw. 2,08 Millionen) der Pflegebedürftigen wurden im Jahr 2015 zu Hause versorgt. Davon erhielten 1,39 Millionen Pflegebedürftige ausschließlich Pflegegeld, das bedeutet, sie wurden in der Regel zu Hause allein durch Angehörige gepflegt.<sup>12</sup> In Bayern wurden im Jahr 2015 rund 69% der Pflegebedürftigen (241.300 Personen) zu Hause betreut und davon etwa zwei Drittel alleine durch Angehörige. Man

kann also sagen, dass in Bayern fast jede zweite pflegebedürftige Person ausschließlich durch Angehörige gepflegt wird.<sup>13</sup>

Die Zahl der Angehörigen, die sich um Pflegebedürftige kümmern, ist noch deutlich höher als die Zahl der Bezieher von Pflegegeld: Vier Prozent der Männer und sieben Prozent der Frauen zwischen 16 und 64 Jahren kümmerten sich im Jahr 2012 mindestens eine Stunde pro Werktag um pflegebedürftige Personen. Das entspricht ungefähr 60 Prozent aller pflegenden Personen oder rund 2,5 Millionen der insgesamt vier Millionen informell Pflegenden. Der Anteil der informell Pflegenden unter den Personen im erwerbsfähigen Alter steigt mit dem Alter und ist in den späteren Erwerbsjahren besonders hoch. Bei den 55- bis 64-jährigen Frauen liegt er bei ungefähr zwölf Prozent, bei den gleichaltrigen Männern bei rund acht Prozent.<sup>14</sup>

## Ambulante Pflegedienste

Im Jahr 2015 waren in Deutschland 13.300 ambulante Pflegedienste zugelassen. Davon befand sich die Mehrzahl in privater Trägerschaft (8.700 bzw. 65 Prozent); der Anteil der

<sup>8</sup> Fichte, D.: Notwendigkeit und Ausgestaltung von Rücklagen in der sozialen Pflegeversicherung. Vierteljahreshefte zur Wirtschaftsforschung 4/2014.

<sup>9</sup> Statistisches Bundesamt: Pflegestatistik 2015 Deutschland

ergebnisse. Wiesbaden, 2017.

<sup>10</sup> Bundesministerium für Gesundheit: Beschäftigte in der Pflege. Online-Zugriff unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegekraefte/beschaeftigte.html> am 13.03.2018.

<sup>11</sup> Sechster Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Berlin, 2016.

<sup>12</sup> Statistisches Bundesamt: Pflegestatistik 2015. Wiesbaden, 2017.

<sup>13</sup> Statistisches Bundesamt Wiesbaden: Pflegestatistik 2015 Ländervergleich. Wiesbaden, 2017.

<sup>14</sup> Geyer, J., Schulz, E.: Who cares? Die Bedeutung der informellen Pflege durch Erwerbstätige in Deutschland. DIW Wochenbericht 14/2014.

freigemeinnützigen Träger betrug 33 Prozent. Öffentliche Träger hatten entsprechend dem Subsidiaritätsvorbehalt einen Anteil von lediglich einem Prozent. Im Schnitt betreute ein Pflegedienst 52 Pflegebedürftige. Von den 356.000 in ambulanten Pflegediensten Beschäftigten arbeitete die überwiegende Mehrheit (69 Prozent) Teilzeit, 87 Prozent waren Frauen und 38 Prozent waren 50 Jahre und älter. Die Gesamtzahl der Beschäftigten entsprach 239.000 Vollzeitäquivalenten. Der Haupteinsatzbereich des Personals war die Grundpflege: Hier hatten zwei Drittel (67

Prozent) der Beschäftigten ihren Arbeitsschwerpunkt. Als Pflegedienstleitung fungierte fünf Prozent des Personals. Ein Achtel (12 Prozent) des Personals erbrachte hauswirtschaftliche Versorgung; jede zwanzigste (fünf Prozent) Mitarbeiterin war für die Verwaltung oder Geschäftsführung des Dienstes tätig. Überwiegend häusliche Betreuung erbrachten vier Prozent des Personals.<sup>15</sup>

<sup>15</sup> Statistisches Bundesamt: Pflegestatistik 2015 Deutschland-ergebnisse. Wiesbaden, 2017.

In Bayern waren im Jahr 2015 1.913 ambulante Pflegedienste zur Versorgung in der sozialen Pflegeversicherung zugelassen, die im Durchschnitt 43 Pflegebedürftige betreuten. Gut 59 Prozent der Pflegedienste wurden privat betrieben, knapp 40 Prozent befanden sich in freigemeinnütziger und einem Prozent in öffentlicher Trägerschaft. Die ambulanten Pflegedienste in Bayern betreuten im Jahr 2015 insgesamt 82.837 Pflegebedürftige. Davon waren 56 Prozent der Pflegestufe I zugeordnet, 31 Prozent der Pflegestufe II und 13 Prozent der Pflegestufe III. In den ambulanten Pflegediensten arbeiteten insgesamt rund 47.000 Personen, davon 23 Prozent Vollzeit und 49 Prozent Teilzeit. 26 Prozent waren geringfügig beschäftigt, und knapp zwei Prozent arbeiteten als Auszubildende oder machte ein Praktikum. Von den Beschäftigten waren 14% unter 30 Jahre alt, 46 Prozent zwischen 30 und 50 Jahre und 40 Prozent über 50 Jahre.<sup>16</sup>

## Stationäre Altenpflege

Bundesweit gab es im Dezember 2015 rund 13.600 nach SGB XI zugelassene voll- bzw. teilstationäre Pflegeheime. Die Mehrzahl der

<sup>16</sup> Statistisches Bundesamt Wiesbaden: Pflegestatistik 2015 Ländervergleich. Wiesbaden, 2017.

Heime (53 Prozent bzw. 7.200) befand sich in freigemeinnütziger Trägerschaft. Der Anteil privater Träger betrug 42 Prozent und lag somit niedriger als im ambulanten Bereich. Öffentliche Träger haben, wie im ambulanten Bereich mit fünf Prozent den geringsten Anteil. Im Schnitt betreute ein Pflegeheim 63 Pflegebedürftige. Die meisten Heime (11.200) boten vollstationäre Dauerpflege an. Das Angebot der anderen Heime setzt sich entweder aus Kurzzeitpflege und/oder Tages- sowie Nachtpflege zusammen. Von den insgesamt 929.000 Plätzen entfielen 866.000 (93 Prozent) auf die vollstationäre Dauerpflege. Kurzzeitpflege erhielten 24.200 Pflegebedürftige, Tagespflege 73.800 und Nachtpflege lediglich 42 Pflegebedürftige. In den Pflegeheimen waren insgesamt 730.000 Personen beschäftigt. Dies entspricht ungefähr 525.000 Vollzeitäquivalenten. Die überwiegende Mehrzahl (84 Prozent) der beschäftigten Personen war weiblich. Weniger als ein Drittel (29 Prozent) der Beschäftigten arbeitete Vollzeit. Knapp zwei Drittel (64 Prozent) der Beschäftigten hatten ihren Arbeitsschwerpunkt im Bereich Pflege und Betreuung. Jeder Sechste (16 Prozent) arbeitete in der Hauswirtschaft. Auf Verwaltung, Haustechnik und sonstige Bereiche entfielen zusammen 9 Prozent der Beschäftigten und zur sozialen Betreuung waren vier Prozent des Personals vorgesehen. Knapp ein Fünftel der Beschäftigten (18 n) war un-



ter 30 Jahre alt, 41 Prozent zwischen 30 und 49 Jahre und 40 Prozent 50 Jahre und älter. Von den im Bereich Pflege und Betreuung Tätigen hatte fast jeder Zweite (45 Prozent) entweder einen Abschluss als Altenpflegerin und -pfleger (34 Prozent), Gesundheits- und Krankenpflegerin und -pfleger (10 Prozent) oder Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin und -pfleger (ein Prozent). Wenn man den Fachkraftbegriff weit fasst und neben den Fachkräften für die Pflege auch die für Betreuung einbezieht, waren von den im Bereich Pflege und Betreuung (hier einschließlich soziale Betreuung) eingesetzten Personen insgesamt rund 47 Prozent Fachkräfte, bei einer Betrachtung nach geschätzten Vollzeitäquivalenten 51 Prozent.<sup>17</sup>

In Bayern gab es im Jahr 2015 1.804 Pflegeheime mit insgesamt 134.772 Plätzen. Im Durchschnitt verfügten die Pflegeheime über 75 Plätze. 54 Prozent der Pflegeheime befanden sich in freigemeinnütziger, 10 Prozent in öffentlicher Trägerschaft und 36 Prozent wurden von einem privaten Träger betrieben. Von den 114.582 Pflegebedürftigen befanden sich 103.751 (91 Prozent) in vollstationärer Dauerpflege. In den bayerischen Pflegeheimen arbeiteten 2015 102.773 Personen. Davon waren 33 Prozent Vollzeit, 53

<sup>17</sup> Statistisches Bundesamt: Pflegestatistik 2015 Deutschland-ergebnisse. Wiesbaden, 2017

Prozent Teilzeit und sieben Prozent geringfügig beschäftigt. Sieben Prozent waren Auszubildende oder im Praktikum. 17 Prozent der Beschäftigten waren unter 30 Jahre alt, 41 Prozent zwischen 30 und 50 Jahre und ebenfalls 41 Prozent waren über 50 Jahre alt.<sup>18</sup>

## Fachkräftemangel

Die Altenpflege gehörte in den letzten Jahren zu den besonders stark wachsenden Dienstleistungsbranchen. Die Zahl der Beschäftigten ist allein im Zeitraum von 2013 bis 2015 bei ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen mit rund 80.000 Stellen um rund acht Prozent angestiegen. Die Zahl der Pflegefachkräfte in ambulanten Diensten und stationären Einrichtungen nach SGB XI hat sich zwischen 1999 und 2015 um rund 77 Prozent erhöht. Bereits heute fehlen in allen Pflegeberufen Fachkräfte. Indizien für bestehende Engpässe können der Fachkräfteengpassanalyse der Bundesagentur für Arbeit entnommen werden. Im Dezember 2017 waren Stellenangebote für examinierte Altenpflegefachkräfte und -spezialisten demnach im Bundesdurchschnitt 171 Tage unbesetzt. Auf 100 gemel-

<sup>18</sup> Statistisches Bundesamt Wiesbaden: Pflegestatistik 2015 Ländervergleich. Wiesbaden, 2017.

dete Stellen kamen rechnerisch lediglich 29 Arbeitslose.<sup>19</sup>

Der Pflegereport der Bertelsmann Stiftung prognostiziert, dass die Zahl der Pflegebedürftigen bis 2030 um 50 Prozent steigt. Zugleich nimmt die Zahl derjenigen ab, die in der Pflege arbeiten. Demnach werden fast 500.000 Vollzeitkräfte in der Pflege fehlen,

<sup>19</sup> Bundesministerium für Gesundheit: Beschäftigte in der Pflege. Online-Zugriff unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegekraefte/beschaefigte.html> am 13.03.2018.

wenn sich die derzeitigen Trends fortsetzen.<sup>20</sup> Das informelle Pflegepotenzial, also die Pflege durch Angehörige und nahestehende Personen, nimmt aus soziodemografischen Gründen im Zeitraum bis zum Jahr 2030 deutlich ab. Dieser Trend ist einerseits getrieben durch die Veränderung von Familien- und Haushaltskonstellationen. Andererseits steigt die Arbeitsnachfrage in der

<sup>20</sup> Bertelsmann-Stiftung: Themenreport Pflege 2030. Gütersloh, 2012.



Gesamtwirtschaft, was zu höheren Erwerbsquoten (insbesondere bei Frauen) führt. In der Folge fehlen künftig informelle Arbeitskräfte. Daraus resultiert ein „Ersatzbedarf“ in Höhe von 125.000 professionellen Pflegekräften. Eine Untersuchung der Prognos AG kommt daher bis 2030 ebenfalls zu einem zusätzlichen Pflegekräftebedarf von rund 500.000 Vollzeitkräften.<sup>21</sup>

Im Jahr 2050 könnten rein demografisch bedingt circa 670.000 bis eine Million Arbeitskräfte fehlen. Diese Entwicklung muss jedoch nicht zwangsläufig eintreten. Zum einen könnten Maßnahmen zur Erhöhung des Arbeitskräfteangebots – wie etwa verstärkte Zuwanderungen, eine Erhöhung der Vollzeiterwerbstätigenquote, ein längeres Verbleiben im Pflegearbeitsmarkt und die Erhöhung der Attraktivität des Pflegeberufes auch für Männer – dem entgegenwirken. Zum anderen könnte der Pflegebedarf durch eine gesundheitsbewusstere Lebensweise, medizinischen Fortschritt sowie verstärkte Rehabilitations- und Präventionsmaßnahmen weniger stark zunehmen als rein demografisch errechnet. Würde es gelingen, die Pflegeraten um fünf Jahre nach hinten zu

21 Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft: Pflegelandschaft 2030. Eine Studie der Prognos AG im Auftrag der Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft. München, 2012

verschieben, würde sich die Lücke auf dem Pflegemarkt merklich reduzieren.<sup>22</sup>

## Akutpflege im Krankenhaus

Ende 2016 waren 433.434 Personen im Pflegedienst deutscher Krankenhäuser beschäftigt. Davon waren 369.171 oder rund 85 Prozent Frauen. Teilzeit- oder geringfügig beschäftigt waren 216.126 oder knapp 50 Prozent.<sup>23</sup> In den bayerischen Krankenhäusern waren im Jahr 2016 68.500 Personen im Pflegedienst beschäftigt. Davon waren 58.473 oder knapp 89 Prozent Frauen. Teilzeit- oder geringfügig beschäftigt waren 34.555 oder etwas über 50 Prozent.<sup>24</sup>

Im Pflegedienst der Krankenhäuser wurden bundesweit in den Jahren 1995 bis 2006 mehrere zehntausend Stellen abgebaut, während die Beschäftigtenzahl im ärztlichen Bereich deutlich anstieg:

Die Zahl der Beschäftigten im nichtärztlichen Dienst sank um rund zehn Prozent, während die Zahl der Ärztinnen und Ärzte um rund 15

22 Schulz, E.: Pflegemarkt: Drohendem Arbeitskräftemangel kann entgegengewirkt werden. DIW-Wochenbericht 51/52 2012.

23 Statistisches Bundesamt: Fachserie 12 Reihe 6.1.1. Gesundheit Grunddaten der Krankenhäuser. Wiesbaden, 2017.

24 Bayerisches Landesamt für Statistik Krankenhausstatistik 2016. München, 2017.

Prozent anstieg.<sup>25</sup> Zugleich nahm der Anteil älterer und multimorbider Patienten zu und stieg die Zahl der vollstationären Patientinnen bzw. Patienten und mehr noch die der vor- und nachstationär behandelten sowie der ambulant operierten Patientinnen bzw. Patienten. Sowohl international vergleichende Analysen als auch eine Reihe nationaler Erhebungen zur Arbeitsbelastungssituation weisen auf eine enorme Arbeitsverdichtung in der Pflege seit der flächendeckenden Einführung des DRG-Systems im Jahre 2004 hin. Das Verhältnis der Anzahl von Pflegefachkräften zu Patienten liegt in den USA bei 5,3, in den Niederlanden bei sieben und in Deutschland bei 13 Patienten pro Fachkraft.<sup>26</sup> Im US-amerikanischen Bundesstaat Kalifornien trat im Jahr 2004 eine staatliche Verordnung über Pflegekraft-Patienten-Zahlen in Kraft. Die entsprechenden Werte liegen zwischen 1:1 in Operationssälen, 1:5 auf Normalstationen und 1:6 im Bereich der Psychiatrie und damit (sehr) deutlich über dem deutschen Durchschnitt von einer Fachkraft pro 13 Patienten.

Die Pflege wird im DRG-System derzeit über

25 Statistisches Bundesamt Fachserie 12 Reihe 6.1.1. Gesundheit Grunddaten der Krankenhäuser. Wiesbaden, 2017

26 Simon, M., Mehmecke, S.: Nurse-to-Patient Ratios: Ein internationaler Überblick über staatliche Vorgaben zu einer Mindestbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser, Working Paper der Forschungsförderung der Hans-Böckler-Stiftung Nr. 027. Düsseldorf, Februar 2017.

eine indirekte Orientierung an der inzwischen veralteten Pflegepersonalregelung berücksichtigt. Dabei wird jedoch nicht der pflegerische Bedarf der Patienten oder der tatsächlich geleistete pflegerische Aufwand erfasst. Der individuelle Pflegebedarf eines Patienten oder einer Patientin und die erforderlichen Pflegemaßnahmen werden in der Regel nur pauschal abgebildet. Personalreduzierungen in den Kalkulationskrankenhäusern haben eine unmittelbare Reduktion des Umfangs an kalkulierten Pflegekosten in den jeweiligen Fallgruppen zur Folge. Zwar steht es den Krankenhäusern frei, von diesen Kalkulationsvorgaben abzuweichen. Eine überdurchschnittliche Personalbesetzung führt jedoch unter sonst gleichen Bedingungen zu sinkenden Deckungsbeiträgen, welche sich unter den derzeitigen wirtschaftlichen Rahmenbedingungen nur die wenigsten Krankenhäuser leisten können.<sup>27</sup>

27 Thomas, D., Reifferscheid, A., Pomorin, N., Wasem, J.: Instrumente zur Personalbemessung und -finanzierung in der Krankenhauspflege in Deutschland. Essen, 2014.

# NOCH FRAGEN? WIR SIND FÜR SIE DA!

## Arbeitskreis Gesundheit und Pflege



(v.l.): Kathi Petersen, Ruth Waldmann, Kathrin Sonnenholzner, Ruth Müller

### **Ruth Müller, MdL**

Frauenpolitische Sprecherin der SPD-Landtagsfraktion |  
Sprecherin der niederbayerischen SPD-Landtagsabgeordneten  
[ruth.mueller@bayernspd-landtag.de](mailto:ruth.mueller@bayernspd-landtag.de) | [ruth-mueller.de](mailto:ruth-mueller.de)

### **Kathi Petersen, MdL**

Sprecherin für Entwicklungspolitik der BayernSPD-Landtagsfraktion |  
Vorsitzende der Arbeitsgruppe Kirche und SPD  
[kathi.petersen@bayernspd-landtag.de](mailto:kathi.petersen@bayernspd-landtag.de) | [kathi-petersen.de](mailto:kathi-petersen.de)

### **Kathrin Sonnenholzner, MdL**

Vorsitzende des Gesundheitsausschusses im Bayerischen Landtag  
[kathrin.sonnenholzner@bayernspd-landtag.de](mailto:kathrin.sonnenholzner@bayernspd-landtag.de) | [kathrin-sonnenholzner.de](mailto:kathrin-sonnenholzner.de)

### **Ruth Waldmann, MdL**

Gesundheitspolitische Sprecherin |  
Sprecherin für bürgerschaftliches Engagement  
[ruth.waldmann.sk@bayernspd-landtag.de](mailto:ruth.waldmann.sk@bayernspd-landtag.de) | [ruth-waldmann.de](mailto:ruth-waldmann.de)

### BayernSPD Landtagsfraktion

Maximilianeum | 81627 München | [bayernspd-landtag.de](http://bayernspd-landtag.de)

Dr. Walter Rehberg, Parlamentarischer Berater

Tel.: 089 – 4126 2344 | [walter.rehberg@bayernspd-landtag.de](mailto:walter.rehberg@bayernspd-landtag.de)



FACEBOOK  
[@bayernspd.landtag](https://www.facebook.com/bayernspd.landtag)



TWITTER  
[@bayernspd\\_indtg](https://twitter.com/bayernspd_indtg)



INSTAGRAM  
[@spdimbayerischenlandtag](https://www.instagram.com/spdimbayerischenlandtag)